

文章编号:1005-6947(2005)07-0551-02

· 临床报道 ·

脾脏肿瘤的诊断和治疗

沈军, 姜宏华, 苏明琪, 全志伟

(上海第二医科大学附属新华医院 普外科, 上海 200092)

摘要: 回顾性分析近10年来收治的脾脏肿瘤14例的临床资料。14例中良性病变6例, 包括: 单纯性囊肿3例、脾脏多发性海绵状血管瘤2例、脾梗塞后血管瘤样增生1例。恶性病变8例, 包括: 恶性淋巴瘤3例、结肠脾曲癌脾转移2例(其中1例合并脾脓肿)、脾肉瘤2例, 另1例术前临床诊断为脾脏恶性肿瘤, CT检查发现脾脏实质性占位, 肝左右叶及后腹膜多发性转移, 未手术。手术方式: 单纯脾脏切除10例、脾脏切除加胰尾切除1例、脾脏切除加左半结肠切除2例, 3例恶性淋巴瘤患者及2例结肠癌脾转移患者术后接受了化疗。对8例恶性肿瘤患者进行了随访, 生存5年以上1例、2年以上2例、1年以上1例、不足1年3例、1例失访。提示: 凡不能明确脾脏占位性病变性质的, 应当尽早手术探查。

关键词: 脾肿瘤/诊断; 脾肿瘤/治疗

中图分类号: R733.2 **文献标识码:** B

无论是脾脏原发性肿瘤还是继发性肿瘤在临床上均较少见。其发病率约占全身肿瘤的0.03%^[1], 近年来, 由于B超和CT在腹部检查中的广泛应用, 越来越多的脾脏肿瘤在术前被发现^[2-4]。上海新华医院1993年1月~2003年12月共收治脾脏肿瘤14例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男8例, 女6例; 年龄为18~78(平均47)岁。病程4d至2年。

1.2 临床表现

左上腹胀痛或不适9例, 发热2例, 贫血2例, 消瘦3例, 左季肋处肿块1例。本组病例均行B超及CT检查, 其中显示脾脏占位性病变13例(单发占位性病变11例, 多发占位性病变2例; 囊性病变5例、实质性病变8例), 另1例胃镜检查发现胃底隆起性病变, 再行超声内镜检查发现是脾脏肿瘤压迫胃壁所致。2例脾脏肿瘤患者行纤维结肠镜检查证实合并结肠脾曲肿瘤。

2 治疗与结果

2.1 治疗方式

收稿日期: 2005-01-11; **修订日期:** 2005-02-28。

作者简介: 沈军(1969-), 男, 上海人, 上海第二医科大学附属新华医院主治医师, 主要从事肝胆胰方面的研究。

通讯作者: 沈军 电话: 13641825687; E-mail: WKdoctor@yahoo.com.cn。

本组有13例接受手术治疗(术前确诊6例、误诊7例)。手术方式: 单纯脾切除术10例, 脾切除加胰尾切除1例, 脾切除加左半结肠切除术2例。3例恶性淋巴瘤及2例结肠癌脾转移患者术后均接受化疗。术后病理学检查结果: 良性病变6例, 包括: 单纯性囊肿3例、脾梗塞后血管瘤样增生1例、脾多发性海绵状血管瘤2例。恶性肿瘤7例, 包括: 恶性淋巴瘤3例, 结肠癌脾转移2例, 脾肉瘤2例。另1例患者术前CT检查示脾脏实质性占位, 肝左右叶及后腹膜淋巴结多发性转移, 未手术, 而选择化疗。

2.2 并发症

术后出现左侧胸腔积液1例, 脾热2例。经对症治疗均治愈。本组无手术死亡。

2.3 随访

手术治疗的7例恶性肿瘤病例中6例获随访, 生存5年以上1例, 2年以上2例, 1年以上1例, 不足1年2例, 1例失访; 未手术治疗的1例65d死亡。

3 讨论

脾脏肿瘤临床上较少见。随着医学影像学技术的发展, 脾脏肿瘤在临床上的诊断准确率不断提高。原发性脾肿瘤以良性为多见, 约占60%~70%^[5], 良性肿瘤以脾血管瘤、囊肿最多见。恶性肿瘤以恶性淋巴瘤最多。脾转移性肿瘤也较少见, 在过去10年中日本共报道50例脾转移性肿瘤^[6]。脾很少发生肿瘤转移的原因: (1)解剖学特异性, 脾脏的输入淋巴管少, 脾动脉曲折弯曲且从腹主动脉呈锐角分出, 可阻止癌栓进入。(2)脾脏经常有节律收缩, 肿瘤细胞

可被挤压出去。(3)脾具有免疫监视功能^[7]。脾转移最多来自肺癌及乳腺癌,其次为胰腺癌、结肠癌和胃癌。脾脏肿瘤的临床表现无特异性,最常见的症状为左上腹胀痛不适,左上腹肿块,以及胃肠道受压症状;部分有脾亢、胸腔积液、恶病质,少数有自发性脾破裂发生,可表现为急腹症。而脾转移性肿瘤常表现为原发病的症状。

随着医学影像学技术的进步并广泛应用于临床,使脾脏肿瘤的检出率大为提高^[8]。B超是诊断脾占位性病变的首选方法,但B超由于受操作者技术水平的限制,肠道气体干扰、肥胖等因素的影响,其准确性又嫌不足。而CT可弥补B超的不足。一般认为MRI对脾脏占位性病变的诊断价值并不优于CT,故临床上较少采用。高分辨率彩色多普勒超声可根据病灶内部血流有无及多少来判断脾肿瘤的性质。选择性脾动脉造影在脾脏肿瘤的鉴别诊断中有一定的价值,良性肿瘤表现为动脉分支压迫性改变;恶性肿瘤表现为不规则血管狭窄、中断、移位及新生血管不规则分布^[9]。目前尚无脾肿瘤的特异性生化指标。脾细针穿刺脾中心活检有助于术前确诊,但是有一定并发症^[10]。

脾脏肿瘤的治疗应根据不同性质的病变采用不同的方式:

(1)单纯性的脾囊肿 较小的囊肿可暂不处理,定期随访,较大的囊肿伴有症状者有手术指征,可采用囊肿开窗引流术或部分脾切除术或全脾切除术。由于全脾切除后易发生暴发性感染,因此实施全脾切除要慎重考虑。脾囊肿的手术方式可根据囊肿的部位、大小、性质及病情来决定。如果囊肿位于脾门或脾体中的中间部位可行全脾切除,有副脾可保留;如果囊肿位于脾上极或下极可行半脾切除或部分脾切除。随着腹腔镜技术的发展,腹腔镜脾切除及部分脾切除或囊肿切除在有些医院已经开展起来了^[4]。

(2)脾良性肿瘤 由于临床上与恶性肿瘤鉴别很困难,而且还有恶变可能,因此目前主张一经发现,即可考虑行全脾切除术。

(3)脾脓肿 可于B超引导下穿刺引流,如脓肿有分隔或反复发作可行脾切除术或脾部分切除术。

(4)具有潜在恶性的脾肿瘤和恶性肿瘤 ①血管内皮细胞瘤、血管外皮细胞瘤等应尽早行脾切除术;并可根据浸润情况行相关脏器切除。②脾肉瘤预后极差,往往早期已伴有

血行及骨转移,应尽早手术,行脾切除术,术后联合放疗或化疗,大多患者疗效不佳,平均生存期仅1年左右。③脾淋巴瘤,原发性脾淋巴瘤应尽早行脾切除术,术后联合放化疗。④继发性淋巴瘤一般不主张行脾切除术。⑤转移性脾肿瘤,如原发病灶可切除时,可考虑同时行脾切除术。

总之,脾脏占位性病变的发病率虽然较低,但由于其病变的多样性,其预后相差很大。提高早期的鉴别诊断,选择合适的治疗方法,是决定预后的关键因素。病史和影像学检查是目前诊断脾脏占位性病变的重要依据。凡不能明确脾脏占位性病变性质的,应尽早手术探查。

参考文献:

- [1] 孙重波,张高嘉,王殿昌.脾脏肿瘤的诊断与治疗(附24例报告)[J].中国肿瘤临床,1993,20(8):600-602.
- [2] 杨连粤,吕新生.原发性脾脏恶性肿瘤的外科诊治[J].中国普通外科杂志,2000,9(3):255-257.
- [3] 李秀清,李欣,吴国柱,路兰红.脾巨大海绵状淋巴管瘤1例[J].中国普通外科杂志,2001,10(4):304.
- [4] 邱云峰,许世吾,宋兆东,等.脾囊肿11例报告[J].中国普通外科杂志,2002,11(4):243-245.
- [5] Morgentern L, Rosenberg J, Geller GA. Tumors of the spleen [J]. World J Surg, 1985, 9(): 468-476.
- [6] Tatsata M, Siozaki K, Masatani S, et al. Splenic and pulmonary metastases from renal carcinoma: report of a case [J]. Surg Today, 2001, 31(5): 463-465.
- [7] 涂朝勇,周新木.脾脏肿瘤32例诊治体会[J].肝胆外科杂志,2002,10(2):104-105.
- [8] Coon WW. Surgical aspects of splenic disease and lymphoma: benign and malignant tumors [J]. Curr Probl Surg, 1998, 35(7): 600-605.
- [9] 石景森,杨毅军,韩月,等.脾脏占位性病变,25例外科治疗经验[J].中国实用外科杂志,1999,17(4):467-469.
- [10] Lal A, Ariga R, Gattuso P, et al. Splenic fine needle aspiration and core biopsy. of 49 cases [J]. Acta Cytol, 2003, 47(6): 951-959.